



2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Epilepsia, funcionamento e *coping* familiar. Um estudo exploratório na Província da Huíla.

Domingos Vicente Loureiro Ferreira Neto
(e-mail: vicenteneto.ferreira@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sub-área de Sistémica, Saúde e Família sob a orientação das Professoras Doutoras Ana Paula Relvas e Sofia de Oliveira Major

UC/FPCE

Epilepsia, funcionamento e *coping* familiar. Um estudo exploratório na Província da Huíla

Resumo

Com vista a avaliar o funcionamento familiar e as estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias, foi realizado este estudo, junto de uma amostra de 100 sujeitos, sub-divididos em duas amostras, nomeadamente 50 famílias com sujeitos epiléticos e 50 famílias com sujeitos sem epilepsia, cujas idades que variam entre os 18 -70 anos, de ambos os sexos.

No sentido de se avaliar às possíveis equivalências estatísticas existentes entre a amostra dos sujeitos com epilepsia e dos sujeitos do grupo de controlo, procedeu-se às análises do teste *t* para às idades e o chi-quadrado das variáveis sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico.

Relativo ao funcionamento e o *coping* familiar entre as duas amostras, nomeadamente, epilepsia e controlo, os resultados obtidos conclui-se existir diferenças estatisticamente significativas entre ambas amostras.

Para o efeito, o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados F-COPES (avaliação pessoal orientado para a crise em família) e o SCORE-15 (*Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation*), apresenta resultados fiáveis.

Palavras-chave: Epilepsia, *Coping* Familiar, Funcionamento familiar.

Epilepsy, family functioning and coping. An exploratory study in the Province of Huíla

Abstract

In order to assess family functioning and coping strategies used by households, the study was conducted, with a sample of 100 subjects, divided into two sub-samples, including 50 families with 50 individuals and families with epileptic subjects without epilepsy, with ages ranging between 18 -70 years, of both sexes.

In order to assess the possible equivalence between the statistical sample of subjects with epilepsy and subjects in the control group, we proceeded to the analysis of the *t* test for age and chi-square for sex, marital status, ethnicity, level educational and socioeconomic level.

And operating on the coping family between the two samples, namely, epilepsy and control, the results it is concluded there significant differences between the two samples.

To this end, the study of psychometric instruments used F-COPES (guided personal assessment of the crisis in the family) and 15-SCORE (*Systemic and Clinical Outcome Routine Evaluation*) presents reliable results.

Key Words: Epilepsy, Family Coping, Family Functioning.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus Todo Poderoso, àquele que me Fortalece e me protege!

À minha doce e querida mãe, Josefa Loureiro, à Ti devo todas às minhas conquistas!

Aos meus filhas (os): Vânia, Joice, Vicelma, Vicelmo, Todinho e Liz, pérolas da minha vida!

À Elsa Rafael, dona do meu coração, guerreira, a companheira de todos os dias, que aceitou durante o período de aulas e da preparação deste trabalho, a minha demissão da função executiva no seio familiar, reconhecidos e profundos agradecimentos!

Aos meus irmãos, pelo encorajamento.

Um agradecimento especial para o João Silvestre (Silas) meu grande amigo, meu irmão, por tudo que já fizeste e fazes para mim, é algo muito peculiar!

Ao Dr. André A. de Lima e Dr. Gabriel Bento, pelo apoio desinteressado!

Às Irmãs Margarida, Sílvia e Natália, Deus as encaminhou no meu caminho... a orientação e a interação que se estabeleceu, superaram às expectativas. Muito obrigado!

Às Professoras Doutoras, Ana P. Relvas, Isabel Alberto, Madalena Alarcão, por me ensinarem a ver diferente com lentes sistémicas, provocando mudanças de 2ª ordem na minha vida!

À Doutora Sofia Major... muito obrigado, pela paciência que teve em transmitir-me os seus conhecimentos, de forma bastante rigorosa e eficiente, sobretudo na análise e tratamento dos dados estatísticos.

Agradeço profundamente à Professora Dra Ana Cristina Almeida pela disponibilidade, atenção e carinho demonstrada, em prestar o seu apoio na correção deste trabalho.

Um agradecimento especial à Dra Margarida Ventura e o Engº Carlos, por terem contribuído na concretização deste curso de mestrado, um sonho que se torna realidade! Pela sua humildade, humanismo, com vontade de fazer sempre bem e ajudar o próximo! Muito obrigado!

A todos os meus colegas do mestrado, em especial, a Palmira, Lua, Beatriz, Martinho, Domingos e o Armindo, por termos partilhado restrições, experiências, desânimos, mas sobretudo, encorajamento mutuo!

Estendo os meus agradecimentos ao Délcio Joaquim, pela colaboração prestada.

Aos anónimos que contribuíram para a conclusão deste trabalho, muito obrigado.

Índice

Introdução	1
I Epilepsia	2
1.1 - Perspetiva histórica e caracterização	2
1.2 - Aspetos familiares e psicossociais	3
1.2.1 - Notas sobre a epilepsia no contexto africano.....	5
1.3 - Impacto da doença crónica na família e no seu funcionamento	7
1.3.1 - <i>Coping</i> familiar e doença crónica	9
II – Objetivos	12
3.1 - Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra	12
3.2 - Caracterização da amostra	13
3.3 - Instrumentos	17
3.3.1 - Questionário Sociodemográfico.....	17
3.3.2 - F-COPES	18
3.3.3 - SCORE-15	18
3.4 - Procedimentos estatísticos	19
IV - Resultados.....	19
4.1 - Estudo de consistência interna: F-COPES e SCORE-15	19
4.2 - <i>Coping</i> e funcionamento familiar: Comparação grupo de epilepsia e grupo de controlo	21
4.3 - Estudo do Grau de Associação entre o <i>Coping</i> e o Funcionamento Familiar	22
Bibliografia	28
Anexos	31

Introdução

Há uma tendência das coisas vivas a se unirem, a estabelecerem vínculos, a viverem umas dentro das outras, a retornarem a arranjos anteriores, a coexistirem enquanto é possível. Este é o caminho do mundo.

Lewis Thomas

A epilepsia é uma doença cerebral neurológica crónica, causada por diversas etiologias e caracterizadas pela recorrência de crises epiléticas e não provocadas. São vários os estudos realizados em torno da epilepsia, os quais concluem que é uma doença com maior incidência nos países em vias de desenvolvimento. Alguns autores (Moreira, 2004, Mumenthaler & Matle, 2007, Kutscher, 2011) referem que a epilepsia surge carregada de estigma, discriminação social envolvida por crenças e misticismo.

Assim, neste estudo fizeram parte da amostra, 100 sujeitos, distribuídos por dois grupos com epilepsia e sem epilepsia, com idades que variam entre os 18-70 anos, de ambos os sexos, selecionados de forma aleatória, residentes maioritariamente nas zonas rurais e peri-urbanas (Comunas do Hoque e Arimba), pertencentes ao município do Lubango, província da Huíla.

Neste sentido, o estudo que me propus desenvolver tem como objetivo fundamental avaliar as diferenças do funcionamento familiar e estratégias de coping utilizadas pelas famílias com sujeitos epiléticos e famílias onde não há sujeitos com epilepsia.

Visando o incentivo de futuras investigações promover a discussão em torno do impacto da epilepsia nas famílias angolanas em geral e em particular na região sul de Angola, procuramos, para um melhor funcionamento da família, face a presença de doença crónica e concorrentes problemas sociais.

I Epilepsia

1.1 Perspetiva histórica e caracterização

De acordo com Mumenthaler e Matle (2007, p.515) a denominação epilepsia provém do grego *epilambaneim*, “agarrar, acometer, atacar”. A falta de controlo do sujeito durante as crises ou convulsões epiléticas deu origem, em muitas culturas diferentes, à noção de possessão por um ser sobrenatural, ou seja, um espírito maléfico ou, por vezes, um espírito benéfico. A denominação em latim *morbus sacer* (“a doença sagrada”) reflete essa conceção primitiva.

Os estudiosos explicam que um dos escritos mais antigos e detalhados sobre a epilepsia está contido em um manuscrito no Museu Britânico. É um capítulo de um livro-texto babilónico de medicina que sintetiza 40 manuscritos, datados por volta de 2.000 A.C. O manuscrito descreve diferentes tipos de ataques de epilepsia que são reconhecidos atualmente no campo da neurologia médica. Realça a natureza sobrenatural da epilepsia com cada tipo de ataque, associado com o nome de um espírito ou Deus, normalmente do mal (World Health Organization, 1997, citado por Moreira, 2004).

Hipócrates (460 - 375 a. C.) nos seus estudos sobre a epilepsia afirma que esta não era uma doença sagrada ou divina, nem tão pouco demoníaca, mas sim, uma desordem funcional do cérebro, eventualmente de origem hereditária.

Na Idade Média, sob domínio dos dogmas da igreja católica e apostólica, ou seja, período da Santa Inquisição, todos os indivíduos com perturbações mentais assim como aqueles com convulsões epiléticas, eram perseguidos e condenados à morte, ou seja, lançados às fogueiras pois, neste período, tais manifestações eram consideradas doenças do diabo ou causadas por feitiçaria (Moreira, 2004).

Segundo Guerreiro (1993, citado por Moreira, 2004, p. 112) a epilepsia é uma condição crónica, ou é um grupo de doenças que têm em comum crises epiléticas que ocorrem na ausência de doença tóxica - metabólica ou febril. Por outras palavras, uma crise epilética é um curto-circuito temporário do cérebro. As células cerebrais são apanhadas num ciclo de reverberação e fazem com que o cérebro represente os acontecimentos que nós interpretamos como um “ataque” (Kutscher, 2011, p.15). Esse fenómeno é resultante de descargas síncronas anormais e excessivas de uma população de neurónios do sistema nervoso central (SNC). O autor conclui que qualquer um de nós pode ter uma crise ou convulsão epilética. Neste contexto, falar da epilepsia é falar de doença crónica na vida do sujeito, a qual pode ser percebida como um “intruso” ou seja, um elemento estranho capaz de provocar desequilíbrios no sistema familiar.

São vários os casos registados pela história, de grandes personalidades que sofreram de epilepsia, ou seja, tiveram ao longo da sua vida convulsões ou “ataques epiléticos” (entre outros, Julius César, Napoleão Bonaparte, Lord Byron, Dostoyevsky, Mozart, Pedro o Grande, Carlos V conforme Giordano & Dumas, 1993, citado por Conceição, 2008). Assim, a epilepsia não acontece só

em indivíduos ditos “anormais” em termos de desenvolvimento biopsíquico, isto é, pode haver predisposição química no indivíduo para sofrer crises epiléticas recorrentes, (epilepsias idiopáticas), ou indivíduos em que as convulsões ou sintomas são resultantes de diagnósticos concretos, como por exemplo traumatismo craniano, alcoolismo ou abuso de drogas, infecções cerebrais, tumor cerebral, (epilepsia sintomática) (Kutscher, 2011).

Apesar de não haver uniformidade relativamente à duração exata, a crise convulsiva acontece quando alguém manifesta de forma repentina uma alteração do comportamento acompanhada ou não, de perda de consciência durante alguns minutos que pode durar entre (1 - 5) (Kutscher, 2011). Em algumas crises epiléticas há movimentos rítmicos e descontrolados do corpo, com perda de consciência. Contudo, existem crises em que as pessoas se mantêm parcial ou completamente acordadas e em que as alterações podem passar apenas pela perda de contacto com a realidade por um curto período de tempo, 3 - 30 segundos (ausências).

Assim, os estudos efetuados em torno da epilepsia concluem que há vários tipos de crises convulsivas epiléticas, que podem classificar-se em dois grandes grupos: (1) crises generalizadas, também chamadas “*grande mal epilético*”, que se iniciam com uma descarga elétrica e se propagam a todo o cérebro; (2) crises parciais ou “*pequeno mal epilético*”, que se caracterizam, normalmente, por uma descarga elétrica numa zona limitada do cérebro (Kutscher, 2011).

Ainda em torno da análise médica da epilepsia, Mumenthaler e Matle (2007) apresentam outra classificação, referindo que existem três tipos de crises mais frequentes: (1) crises tónico-clónicas, que se caracterizam normalmente por endurecimento e contração do tónus muscular, com perda do controlo dos esfíncteres, ou seja, pode ocorrer perda de urina e fezes, perda de saliva e dificuldades de funcionamento da glote bem como perda da consciência que pode durar entre 1 - 3 minutos; (2) crises de ausência, não existindo uma aura bem definida, o indivíduo pára de fazer o que está a fazer, mas não cai, mantém um olhar fixo e normalmente não se apercebe da ocorrência da crise, pois ela dura muito pouco tempo, entre 5 - 15 segundos.

Os autores são unânimes em afirmar, que estas crises, quando ocorrem na infância frequentemente desaparecem na adolescência; (3) crises parciais complexas, que duram habitualmente alguns minutos. Existe uma aura bem definida, os indivíduos podem fazer coisas estranhas, como por exemplo falar sozinhos, andar em círculos e ou sem destino, não se apercebendo do que está a acontecer, sentindo-se confusos depois da crise.

1.2. Aspetos familiares e psicossociais

Na visão de Fonseca (2007) muitas doenças crónicas como neste caso, a epilepsia, não são uniformes quanto à sua etiologia e manifestações mas, no entanto, podem afetar diferentes sistemas fisiológicos do indivíduo com características comuns relativamente à sua permanente duração provocando

alteração no sistema familiar e na vida psicossocial do sujeito. Portanto, o diagnóstico médico tem como objetivo primordial o controlo dos sintomas e não a sua cura, pois o sujeito encontra-se numa situação de ter de viver com a doença (citado por Mendes, Sousa & Relvas, 2007).

Nesta perspetiva, Fernandes, Salgado, Noronha, Mory e Li (2004, p.171) referem que, a epilepsia é uma condição neurológica crónica que afeta o comportamento e o bem-estar do paciente e a sua família, prejudicando o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas. Neste caso, Tavares (2001, citado por Armando, 2010) considera que o desenvolvimento de resiliência exige dos sujeitos, que ativam a sua capacidade de autoregulação e autoestima, potenciando as suas competências cognitivas e comportamentais, de tal modo que, por si só, possam resolver os diversos problemas do seu quotidiano, uma vez que a epilepsia está associada a ideia de estigma, discriminação social e rejeição.

Logo, a existência de um sujeito com epilepsia no seio familiar, remete a família a viver sob stress, pois a imprevisibilidade da ocorrência de crises, as dificuldades de interação do sujeito com o meio circundante, a dependência, a superproteção, a perda de autoestima, bem como a rejeição social do doente são alguns fatores que influenciam o normal funcionamento da família, face as dificuldades de ajustamento social que estes enfrentam. “ Ter epilepsia é estar em *stress* “ definindo stress como uma resposta não específica do organismo a qualquer instância e necessidade (Selye, 1980, citado por Felicidade, 2008, p.8).

Nesta linha de pensamento Vaz Serra (2003) considera que, o stress crónico surge do desgaste contínuo que se mantém, por um longo período de tempo. Neste caso, assumimos que tal é o caso da epilepsia, pois o medo e o desespero invadem constantemente as esferas da vida da família.

Ribeiro (1994, citado por Ceia, Gautier, Rosa & Silva, 2006) realça a existência de duas funções essenciais próprias do homem e que são realizadas pela família: A primeira reside em assegurar a continuidade do ser humano no sentido de a família ser uma comunidade que nasce, cresce, procria, decresce e morre, continuando-se ao longo das gerações. A segunda função que, de certa forma decorre da primeira, consiste na articulação entre o indivíduo e a sociedade, conseguindo com equilíbrio o estar bem consigo próprio e o estar bem com os outros, ou seja, adequar individuação (nas dimensões afetiva, cognitiva e comportamental) e socialização (pp.13-14).

Neste contexto, sendo a família um sistema vivo em constante processo de mudança, Giurdano e Dumas (1993, citado por Moreira, 2004) valorizam precisamente a importância do suporte familiar no comportamento a ter com os doentes crónicos, para se adaptarem a essas mudanças, no sentido de manter o equilíbrio funcional de todo o sistema, bem como na melhoria da qualidade de vida do indivíduo em particular e da família de modo geral, “ mantendo a doença no seu lugar “ (Gonzalez, Steinglass & Reiss, 1989, citados por Mendes et. al. 2007).

1.2.1. Notas sobre a epilepsia no contexto africano

Os dados da O.M.S. indicam que a prevalência da epilepsia em países da África, América Latina e Ásia é cerca de 4 - 5 vezes maior que em países desenvolvidos (O.M.S., 1978, citado por Conceição, 2008). Neste contexto, Conceição (2008) afirma que essa realidade é preocupante, uma vez que esses países, face às dificuldades políticas e económicas, agravado por cenários de guerras prolongadas que alguns deles vivenciam ou vivenciaram apresentam naturalmente, um baixo investimento nas áreas sociais, como a educação, saúde e nos serviços sanitários, aliado ao elevado grau de desemprego.

Neste sentido a falta de informação em torno da doença contribui para que essas famílias, agarradas ao aspeto cultural, recorram, em primeira instância e na realidade africana em geral, aos “quimbandeiros” (curandeiros tradicionais), sendo o indivíduo submetido aos vários rituais, incluindo restrições alimentares ou ingestão de raízes para provocar vômitos, para supostamente “expulsar” a doença e os espíritos malignos.

Por outro lado, compreende-se que ainda hoje seja visível que, em determinadas culturas, concretamente nos países pobres e em vias de desenvolvimento como em Angola e, de acordo com a nossa experiência do terreno concretamente na região da Huíla, algumas famílias tendam a abandonar os seus entes queridos com epilepsia julgando, que estes indivíduos estão com uma doença maligna e contagiosa (World Health Organization, 1978, citado por Conceição, 2008).

Assim, e continuando a ter em mente a nossa observação, face a ocorrências de crises ou convulsões epiléticas, o sujeito pode cair no fogo, sem que os familiares lhe prestem socorro. Logo, muitos deles apresentam queimaduras profundas e irreversíveis, em várias partes do corpo, agravando ainda mais o estigma social, isolamento, depressão e baixa autoestima.

Embora atualmente as crenças tendam a diminuir, existem ainda outros preconceitos que criam um certo estigma social, e que acabam por afetar não só os doentes como também as suas famílias, rigidificando alguns padrões culturais e comportamentais em alguns estratos sociais. A estigmatização é tão forte, que o indivíduo é marginalizado e, por exemplo, é muitas vezes rejeitado pelo sexo oposto, ou enfrenta dificuldades em conseguir o seu primeiro emprego (Cruz, Silva & Ramalho, 2009).

A falta de esclarecimento sobre a epilepsia continua a ser, até nos dias de hoje, um dos fatores de tais práticas, aliado à pobreza, desnutrição, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, drogas, bem como a deficiente assistência médica e medicamentosa (Conceição, 2008). Confirmando estes aspetos, na mesma perspetiva, Dumas e Giordano (1993, citado por Moreira, 2004) consideram que “dentro de numerosas regiões da África, o epilético é ainda hoje muito malvisto, a epilepsia é considerada como uma doença contagiosa, e a pessoa não pode ser tocada particularmente até que termine a crise. Como um leproso, ele é obrigado a viver dentro de uma casa isolada, em uma cidade,

permanentemente solteiro ” (p.118).

Como já referimos, com base nas constatações observadas no terreno (regiões da Arimba, Hoque do município do Lubango), somente em última instância os familiares recorrem aos serviços de saúde. Muitas vezes aliados a aspetos míticos, por um lado, por dificuldades financeiras, por outro, vão surgindo alguns casos de abandono familiar, isolamento social e discriminação social, afetando toda a estrutura organizacional e funcional do sistema familiar. Outra característica dessas famílias é o elevado índice de consumo de bebidas alcoólicas, com início precoce, bem com uma gritante subnutrição. São tipicamente famílias alargadas, vivendo em conglomerados bastantes fechados, fiéis aos hábitos, costumes e tradições dos seus ancestrais. E evidentemente, acabam por apresentar maiores dificuldades de funcionamento familiar, dada a precariedade do meio em que vivem, tornando-se incapazes de gerirem os múltiplos desafios a que são expostos (Sousa, 2005, citado por Ceia et al, 2006).

As famílias africanas, em geral, e as huilanas, em particular, sendo diferentes na sua organização e composição específica, mantêm algumas características estruturais comuns ao conceito de família. Daí que enfrentam dificuldades de funcionamento semelhantes às de outras latitudes face à ocorrência de doenças crónicas no seu seio, como é o caso da epilepsia.

De modo análogo ao que acontece com as famílias multidesafiadas no contexto europeu, podemos acreditar que “ (...) a miséria e a precariedade em que vivem a maioria destas famílias é um espelho fiel da desorganização relacional e da amálgama emocional em que vivem os seus elementos. O estado de abandono e a precariedade das habitações são constantes. As casas onde vivem parecem despidas de valor relacional, privados de intimidade (...) A realidade física converte-se numa metáfora da realidade afetiva e cognitiva destas famílias: os diferentes elementos não têm um espaço seu, um domínio de maior intimidade onde possam construir uma identidade diferenciada ” (Alarcão, 2006)

Podemos então, assumir que estamos perante famílias muito semelhantes às famílias multidesafiadas expostas a todo o tipo de vulnerabilidade e desafios, mergulhadas numa encruzilhada, impotentes para darem respostas às mudanças que surgem de forma inesperada, ou seja, incapazes de se reorganizarem para manterem o equilíbrio e a mudança (Minuchin, Colapinto e Munichin (1998).

Rolland (1993, citado por Mendes et al, 2007, p.29) considera que “ (...) a ocorrência de uma doença grave é um elemento de crise que exige da família a capacidade de se adaptar a uma ocorrência difícil, mas realça que doença, incapacidade e morte são experiências universais que colocam desafios normais e comuns às diversas famílias que os enfrentam “. Mas também é verdade, que fortes eventos stressores torna-as por vezes impotentes para fazerem os devidos reajustamentos, uma vez que “ a doença desgastou os recursos familiares e gerou padrões disfuncionais ” (Kaslow, 2000, citado por Mendes et al, 2007).

Daí que, mais uma vez, Alarcão chama a nossa atenção para este

problema, realçando a necessidade de fazer-se uma intervenção terapêutica, no sentido de ajudarmos as famílias a terem novas visões em torno do sintoma (problema que gravita no sistema familiar), uma vez que para essa autora, “ (...) o sucesso da intervenção radica num novo «ovo do colombo», ou seja, a complexidade da intervenção não está tanto no aparato das técnicas a utilizar ou das estratégias a montar mas antes na dificuldade de descobrirmos como as podemos ajudar a tirar outras fotografias e a criar outros álbuns de família, sem ter que deitar fora ou queimar os velhos” (Alarcão, 2006, p. 21).

1.3 Impacto da doença crónica na família e no seu funcionamento

Os principais problemas que os sujeitos com doença crónica enfrentam assim como as suas famílias, residem fundamentalmente no estigma social, isolamento, restrições, dependência, baixa de autoestima e ainda, no facto de se tornar uma sobrecarga para a família. Todos estes fatores, como se pode depreender, implicam novas tentativas de reconstrução da vida de todos os membros da família, quer do ponto de vista de estratégias para lidar com a doença, quer dos ajustamentos necessários à adaptação às mudanças, com vista a conseguir o normal funcionamento dos demais subsistemas familiares (Fonseca, 2006, citado por Mendes, 2007).

Born (2005) faz referência a teoria da abordagem sistémica, que propõe estudar as estruturas familiares, assim como as perturbações que pode afetar estas estruturas, provocando mudanças no sistema. Para este autor, a abordagem sistémica considera a família como um sistema, um conjunto de interações e de intercâmbios dinâmicos, no qual cada comportamento dos membros do sistema está relacionado com o comportamento dos demais membros e, conseqüentemente, dependem dele. Portanto, a família é a partícula elementar a partir da qual se podem explicar os fenómenos mentais todas as questões de organização, e de regulação, portanto o comportamento vivo dos organismos (Seron & Wittezaele, citados por Born, 2005, p. 93).

No entanto, nem sempre tais mudanças e equilíbrios ocorrem, pois muitas famílias sentem-se impotentes perante o surgimento da doença crónica, como é o caso da epilepsia, confrontando-se por outro lado, com outros problemas sociais, como a escassez de recursos financeiros, e falta de informação em torno da doença, afetando biopsicossocialmente o sujeito, sua família bem como toda a sua rede social (Moreira, 2004).

Neste contexto, um estudo realizado por Paúl e Fonseca (2001, citado por Felicidade, 2008) conclui que a doença crónica significa uma crise, ou seja, é uma condição permanente de viver com doença, o que implicará um reajustamento constante na forma de viver, adotando novas estratégias na tentativa de combater a doença e lidar com os sintomas fazendo os devidos ajustamentos no que diz respeito às relações familiares, individuais e

socioeconómicas.

Esta situação implica a ocorrência de mudanças no sistema e a forma como o doente e a família fazem positiva ou negativamente os ajustamentos são, no entender de Paúl e Fonseca (2001, citados por Felicidade, 2008) tentativas para que possam ser bem aceites no seu meio social. Sem dúvidas, são momentos que afetam permanentemente o funcionamento psicológico, fisiológico, interpessoal e económico dos sujeitos e suas famílias.

Existem várias abordagens que nos permitem compreender o impacto da doença crónica na família (biomédico, biopsicossocial e outros). Por exemplo, o modelo de impacto na perspectiva biopsicossocial explica que a ocorrência de uma doença crónica no seio da família exige capacidade de gerir e encontrar estratégias que permitam funcionar em busca da adaptação, uma vez que doença, incapacidade e morte são vivências universais que colocam desafios às diversas famílias que enfrentam tais situações (Rolland, 1993, citado por Mendes, Relvas & Sousa, 2007). Por outro lado, de acordo com Mendes, Relvas e Sousa (2007) a ocorrência de uma doença crónica num membro da família funciona como lente de aumento, ampliando todos os processos, incluindo os emocionais (p.34).

Nesta ordem de ideias, Góngora (1996, citado por Mendes et al, 2007) no seu modelo ecológico, afirma que o impacto da doença crónica ocorre principalmente em quatro dimensões: a) estruturais, que têm a ver com os aspectos funcionais que normalmente se processam ao nível da interação dos vários subsistemas familiar e o doente, na rigidificação da relação entre os serviços de saúde e a família/doente, na escolha da figura cuidador primário familiar e, por último, no isolamento social da família, com medo de sofrer estigma em torno da doença; b) processuais, que se desenrolam nas relações entre desenvolvimento individual e familiar. Isto pressupõe afirmar que existe a necessidade da família e os vários subsistemas desempenharem normalmente os seus papéis e funções sociais, mantendo uma relação funcional com a doença, sem que a família perca, por exemplo a sua identidade; c) emocionais e cognitivos, aquilo que se designa complexo emocional (Góngora, 1996, citado por, Mendes et al, 2007, p. 33) sentimento que por vezes se expressa na incapacidade ou impotência face ao surgimento da doença, nos temores de perda, depressão, ansiedade e sentimentos de incompreensão e injustiça. A escassez dos recursos, o cansaço e desespero invadem a família; d) impacto derivado das características especiais da doença que se relaciona com o início, desenvolvimento, resultado que pode estar subjacente ao grau de incapacitação do doente exigindo cuidados intensivos, aliado ao estigma social que o mesmo enfrenta.

Em determinadas situações, a família vê-se obrigada a partilhar com os profissionais de saúde a “conspiração do silêncio” (McDaniel, Hepworth e Doherty, 1992, citados por Mendes et. al., 2007, p.34). Ou seja, há situações em que familiares e profissionais de saúde vivenciam momentos de embaraço, pois têm que omitir algumas informações ao doente relativamente ao seu estado de

saúde ou gravidade da doença, com temor de que tais informações o possam prejudicar e ou o façam perder a esperança.

Normalmente, os familiares procuram reajustar o seu comportamento em função do sujeito com epilepsia, uma vez que, os temores estão sempre presentes no seio familiar, vista como um “ladão” dada a imprevisibilidade da ocorrência das crises epiléticas, tornando as famílias muitas vezes impotentes.

Deste modo, as famílias adoptam determinadas estratégias para uma resposta positiva, como por exemplo, procuram informar-se sobre a etiologia, sintomas, formas de tratamento e medidas de prevenção relativamente à doença, gestão dos recursos financeiros que lhes permitirá a aquisição dos medicamentos, na sua relação com os colegas de trabalho, na escola, na perspectiva de que a família possa voltar a funcionar normalmente, cumprindo com os seus planos, seus projectos de vida futura, proporcionando em última instância, autonomia ao sujeito (Austin, Fraser, 1997, citado por Fernandes & Souza, 2001).

Born (2005) baseando-se no esquema de família de Olson (1979) considera a adaptabilidade familiar, como a capacidade do sistema familiar em alterar a estrutura funcional (poder, papéis, limites ou fronteiras e regras inter - relacionais face às exigências do meio envolvente.

Para Mendes e colaboradores (2007) a cronicidade da doença, provoca uma série de alterações de vária ordem, não só no sujeito portador da doença, mas também nos diversos subsistemas familiares. Alterações que se podem verificar nas responsabilidades da figura parental, nos recursos financeiros, na disponibilidade e na reorganização funcional, no sentido de responder às exigências da mudança ocorrida. Esses eventos são suscetíveis, de provocar escassez de recursos financeiros e desgaste ao nível emocional. Por outro lado, alguns casos podem se verificar a ocorrência de movimentos para o exterior, em alguns dos seus membros.

Nessa perspetiva, e ainda segundo os autores, uma intervenção terapêutica seria aconselhável, no sentido de ajudar a família e o sujeito com doença crónica, para que possam co-construir novas estratégias de coping, novas visões com a intenção de provocar uma ventilação no sistema familiar, ensinando-a a conviver com a doença, pois que, já não se torna uma imperatividade combatê-la, mais sim, controlar os sintomas e ou as crises.

No sentido de que a família é a “fechadura” e o terapeuta deve apenas ajustar-lhe às suas chaves, abrindo-a, para novas visões, novas crenças, novas histórias e novos comportamentos, ou seja, mudanças nas dimensões cognitivas e históricas adaptando-se há essas mudanças (Relvas, 2004).

1.3.1 *Coping* familiar e doença crónica

Cada um de nós está sujeito a vivenciar vários eventos stressores provocando alterações funcionais psicofisiológicas no organismo, impulsionando o indivíduo a fazer algo para a sua acomodação (Atkinsons,

Atkinsons, Smith & Bem, 1995; Lazarus & Folkman, 1984, citados por Ferreira, 2003). Logo, um conjunto de estratégias é realizado para “acomodar” o organismo perante esses eventos, denominadas estratégias de *coping*.

Assim, o conceito de *coping* é definido por vários autores, como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes (Antoniazzi, Dell'Aglío & Bandeira, 1998). Para Ferreira (2003) o processo de coping pode ser visto como um processo de mudanças nos sujeitos, dos esquemas assimilados anteriormente, para novos esquemas, ou seja, a acomodação.

Deste modo, estes autores identificam duas formas principais de *coping*: (a) focalizado no problema, incluindo estratégias de definição do problema, geração de soluções alternativas, tendo em conta custos e benefícios, seleção e adoção da alternativa a escolher; (b) centrada na emoção, que permite desenvolver ações para controlar o estado psicoemocional, bem como impedir que as emoções negativas venham a afetar o ajustamento de ações para a resolução dos problemas.

O uso de estratégias de *coping* focalizada no problema depende da avaliação dos vários contextos ou eventos stressores nas quais o sujeito se encontra envolvido, repercutindo-se nas suas ações comportamentais ou cognitivas usado para lidar com o agente stressor (Folkman, Lazarus, Dunkell-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Lazarus & Folkman, 1984, referenciado por Ferreira, 2003).

Todavia, o conjunto de estratégias de *coping* usadas por cada indivíduo ou famílias, em sequência da ocorrência dos eventos stressores, não deve ser visto como o melhor ou pior na obtenção dos resultados (Beresford, 1994, citado Ribeiro, 2004) uma vez que são avaliadas em função do contexto em que ocorreu o evento stressor, das características do próprio evento e dos sujeitos afetados (Antoniazzi et. al., 1998).

Por outro lado, dos contrutos que estes mesmos sujeitos e seus familiares possam ter, do impacto que a doença crónica, e neste caso, a epilepsia, provocou no sistema. Ferreira (2003) afirma que o processo de *coping* é lento. O tempo é essencial para rever as novidades, as implicações e as opções disponíveis de resposta (Horowitz, 1979, citado por Ferreira, 2003, p.75). Porém, alguns autores são unânimes em afirmar que existe uma relação linear entre as estratégias de coping e os resultados dessas estratégias.

Na visão de Ferreira (2003) é imperioso avaliar o grau de gravidade do problema da doença no indivíduo e a forma como a família resolve o problema, mas por outro lado, é importante avaliar o impacto da doença na estrutura familiar, ou seja, como a doença interfere ao nível das regras, rituais, rotinas e papéis familiares (Steinglass, 1985, citado por Mendes, Relvas e Sousa, 2007).

Uma abordagem psicoeducativa é desenvolvida por Anderson e colaboradores (Anderson, Hogarty e Reiss, 1980/1981; Anderson, Reis & Hogarty, 1986; Anderson, 1983, citados por Mendes et al, 2007) cujos objetivos visam promover a eficácia da família e sujeitos para melhor lidarem com a doença e demais problemas psicossociais.

Uma vez que os indivíduos e seus familiares, face à presença da doença crónica, revelam desconhecimento sobre a etiologia, sintomas, desenvolvimento, prevenção, bem como as formas que facilitam a melhoria da qualidade de vida, esta abordagem funciona como um instrumento terapêutico, proporcionando às famílias um conjunto de estratégias, que lhes permite o reenquadramento da doença e, deste modo, desenvolverem sentimentos de competências cognitivas e comportamentais (Mendes et al, 2007).

Lazarus e Folkman (1984, citados por Ribeiro, 2004, p.4) definem o *coping*, como esforços comportamentais e cognitivos, em permanente mudança, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Ainda neste sentido, Lazarus e colaboradores (1985, citados por Ribeiro, 2004) referem que, um *coping* adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) procura-se o bem - estar, o funcionamento social, e a saúde somática.

Por outro lado, McCubbin e Patterson (1983, citados por Oliveira, 2007, p.9) da conjugação dos recursos com as perceções com o ambiente envolvente emergiriam o processo de “*coping*” familiar, isto é, um conjunto de interações intra-familiares e de transações entre a família e a comunidade, com vista ao restabelecimento do reequilíbrio da unidade familiar.

Logo, o *coping* familiar considerado por Olson, McCubbin e colaboradores (1983), para além de uma resposta aos agentes *stressores*, é também um conjunto de interações dentro da família e transações entre esta e o meio social que a envolve. Os recursos de *coping* familiares, provenientes das diversas fontes familiares, como psicológica, económica ou física, ainda que muitas vezes estejam à sua disposição, não são susceptíveis de garantir que a família os venha utilizar para lidar com o *stress* (Olson & DeFrain, 2003, citados por Oliveira, 2007).

Daí que, um conjunto de ações podem ser co-construídas, com os sujeitos e seus familiares, ativando às suas competências cognitivas e comportamentais, no sentido de que possam utilizar os seus recursos quer internos como externos. Por outro lado, facilitando a adesão ao tratamento, aumento da auto-estima, visando a melhoria da qualidade de vida, prosseguindo com normalidade as funções da família (McCubbin & Patterson, 1983, referenciado por Ferreira, 2003).

O *SCORE-15 (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation)* é definido como um instrumento de auto-resposta com o objectivo de medir os resultados terapêuticos da terapia familiar. O *SCORE* focaliza a sua atenção nas diversas relações que a família mantém com os demais subsistemas, tais como, no sistema parental e filial, conjugal e os outros sistemas mais vastos, ou seja, sistemas culturais e ambientais dos quais a família também é parte integrante.

O *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES)*, Inventário de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Famílias, é um instrumento que visa identificar as atitudes e os comportamentos de resolução de

problemas, que os sistemas familiares desenvolvem para resolver ou responder a situações difíceis ou problemáticas.

II – Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral: avaliar as diferenças do funcionamento familiar e estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias com sujeitos epiléticos e famílias em que não há sujeitos com epilepsia.

Como objetivos específicos propomos:

- (a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e familiar do grupo com sujeitos com epilepsia e do grupo sem epilepsia;
- (b) Comparar o *coping* e funcionamento familiar entre o grupo de sujeitos com e o sem epilepsia;
- (c) Estudar a consistência interna dos itens do *F-COPES* e do *SCORE-15*;
- (d) Analisar o grau de associação entre os resultados totais dos instrumentos *F-COPES* e *SCORE-15*.

III – Metodologia

No que se refere a metodologia iremos apresentar, os procedimentos de recolha da amostra, sua caracterização, bem como os instrumentos e as análises estatísticas efetuadas.

3.1 Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra

Após o primeiro contacto com as Irmãs do Sagrado Coração de Jesus, representantes desta instituição na província da Huíla, no mês de setembro de 2011, os protocolos autorizados foram aplicados entre outubro de 2011 e abril de 2012.

Para este estudo fizeram parte da amostra, 100 sujeitos de nacionalidade angolana, distribuídos por duas amostras; uma amostra de 50 famílias com sujeitos epiléticos e uma segunda amostra de 50 famílias com sujeitos sem epilepsia, de ambos os sexos selecionados através de uma amostragem de conveniência, residentes maioritariamente nas zonas rurais e peri-urbanas (das comunas do Hoque e Arimba), pertencentes ao município do Lubango, província da Huíla.

Começamos por apresentar as cartas de consentimento informado (cf. Anexo A) aos sujeitos, explicando-lhes os objetivos do nosso estudo. Foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos deste tipo de situações de avaliação.

Num primeiro momento, os protocolos foram aplicados aos sujeitos com epilepsia, dadas as características da amostra (nível académico e socioeconómico baixo, grande maioria percorrem longas distâncias até à zona

onde são efetuadas as consultas, por outro lado, o período bastante longo até a próxima consulta). E por último, quanto ao grupo de sujeitos sem epilepsia, maioritariamente residentes na cidade do Lubango, atendendo ao nível académico mais elevado que apresentam, depois dos devidos esclarecimentos, foram-lhes distribuídos os protocolos e devolvidos ao investigador num período máximo de sete dias.

Todos os sujeitos analfabetos ou com dificuldades em comunicar na língua portuguesa não foram excluídos da amostra. Nestes casos, o investigador lia os questionários em voz alta, recorria a um intérprete e, de seguida, preenchia-os. Quando surgissem dúvidas num determinado item, este era lido de novo e explicada a sua interpretação. Dadas estas dificuldades, a média de preenchimento dos protocolos oscilava entre os 45 e 55 minutos.

3.2 Caracterização da amostra

A amostra é composta por 100 sujeitos, dos quais 49 (49%) são do sexo masculino e 51 (51%), são do sexo feminino. As idades variam entre os 18-70 anos de idade, sendo a faixa etária entre 20-29, com maior número de participantes (45%). A média de idades para a amostra total é de 32.93 ($DP = 10.85$).

A amostra total está subdividida em dois grupos, sendo 50 sujeitos com epilepsia e 50 sujeitos na condição de grupo de controlo, ou seja, famílias com sujeitos com epilepsia e famílias com sujeitos sem epilepsia. Assim, 33 anos correspondem à média da idade para o grupo com epilepsia ($DP = 12.83$), sendo a média de idade do grupo de controlo 32.86 anos ($DP = 8.56$).

Tabela 1

Caracterização da amostra: idade, sexo, estado civil, etnia e religião

	Epilepsia		Controlo		Total	
	<i>n</i> = 50	%	<i>n</i> = 50	%	<i>N</i> =100	%
Idades						
0-19	4	8	-	-	4	4
20-29	22	44	23	46	45	45
30-39	10	20	15	30	25	25
40-49	6	12	9	18	15	15
50-59	7	14	3	6	10	10
Mais de 70	1	2	-	-	1	1
Sexo						
Masculino	26	52	23	46	49	49
Feminino	24	48	27	54	51	51
Estado civil						
Solteiro	22	44	13	26	35	35
Casado	12	24	21	42	33	33

União de facto	13	26	13	26	26	26
Separado	1	2	3	6	4	4
Viúvo	2	4	-	-	2	2
Etnia						
Nhaneca	27	54	18	36	45	45
Umbundo	21	42	16	32	37	37
Quimbundo	-	-	8	16	8	8
Nganguela	1	2	2	4	3	3
Cuanhama	-	-	3	6	3	3
Outras	1	2	3	6	4	4
Religião						
Católica	36	72	33	67,3	69	69,7
Evangélica	12	24	5	10,2	17	17,2
Tokuista	-	-	1	2	1	1
Igreja Universal RD	1	2	3	6,1	4	4
Testemunha Jeová	-	-	3	6,1	3	3
Outra	1	2	4	8,2	5	5,1

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que existem mais sujeitos do sexo masculino com epilepsia ($n = 22$), da faixa etária 20-29 (44%). O estado civil mais prevalente na amostra de epilepsia é o solteiro, $n = 22$ (44%) ao passo que no grupo de controlo é o casado, $n = 21$ (42%).

Quanto à etnia, encontramos maioritariamente na amostra de epilepsia os Nhanecas, $n = 27$ (54%) verificando-se também o mesmo no grupo de controlo, $n = 18$ (36%). No que se refere à religião, existe mais prevalência na amostra de epilepsia para o catolicismo, $n = 36$ (72%). No grupo de controlo, o catolicismo também aparece com maior predominância, $n = 33$ (67,3%).

De acordo com a Tabela 2 a profissão, com maior predomínio na amostra de epilepsia é o trabalhador com remuneração, $n = 9$ (18%) no entanto, no grupo de controlo é o funcionário público, $n = 31$ (62%).

Tabela 2

Caracterização da amostra: profissão, fonte de rendimento, nível de escolaridade, área de residência, tipo de habitação e NSE.

	Epilepsia		Controlo		Total	
	$n=50$	%	$n=50$	%	$N=100$	%
Profissão						
Camponês/ Pescador	6	12	-	-	6	6
Desempregado	2	4	-	-	2	2
Doméstico(a) (que não trabalha fora)	8	16	-	-	8	8
Estudante (que só estuda)	6	12	-	-	6	6
Funcionário Público	7	14	31	62	38	38
Militar	-	-	2	4	2	2

Profissional Liberal / Trabalhador por conta própria	6	12	-	-	6	6
Reformado (do Estado ou Empresas privadas)	1	2	-	-	1	1
Trabalhador, com remuneração	9	18	17	34	26	26
Vendedor ambulante ou similar	5	10	-	-	5	5
Fonte rendimento						
Riqueza herdada/adquirida	2	4	-	-	2	2
Lucros, investimentos, ordenados	3	6	-	-	3	3
Vencimento mensal	25	50	49	98	74	74
Remuneração semana, dia, tarefa	19	38	1	2	20	20
Apoio social público/privado	1	2	-	-	1	1
Nível de escolaridade						
Ensino primário	31	62	1	2	32	32
1º Ciclo	11	22	1	2	12	12
2º Ciclo	6	12	9	18	15	15
Ensino superior	2	4	39	78	41	41
Área de residência						
Centro cidade	2	4	21	42	23	23
Arredores cidade/Bairro	30	60	28	56	58	58
Aldeia/Quimbo	11	22	-	-	11	11
Comuna/Sede	7	14	1	2	8	8
Tipo de habitação						
Apartamento	-	-	10	20	10	10
Vivenda	7	14	33	66	40	40
Pau-a-Pique/cubata	9	18	-	-	9	9
Casa adobe	33	66	7	14	40	40
Outro	1	2	-	-	1	1
Nível socioeconómico						
Baixo	34	68	-	-	34	34
Médio	14	28	43	86	57	57
Elevado	2	4	7	14	9	9

Relativamente à fonte de rendimento, $n = 25$ (50%) do grupo de epilepsia, têm o vencimento mensal, como a principal fonte de rendimento, sendo também esta a principal fonte de rendimentos do grupo de controlo, $n = 49$ (98%).

Os resultados apresentados na variável nível de escolaridade revelam existir entre os dois grupos discrepâncias, uma vez que, $n = 31$ (62%) do grupo de epilepsia têm o ensino primário, ao passo que, $n = 39$ (78%) do grupo de controlo têm o ensino superior completo.

No que diz respeito à área de residência mais prevalecente na amostra de epilepsia, são os arredores, bairro e cidade correspondendo a $n = 30$ (60%) comparativamente ao grupo de controlo, $n = 28$ (56%). Quanto ao tipo de

habitação, os sujeitos da amostra de epilepsia, maioritariamente, $n = 33$ (66%) vivem em casas de adobe, ao passo que no grupo de controlo, $n = 33$ (66%) habitam em vivendas.

Em congruência com as habilitações literárias observadas do grupo de controlo, também para o nível socioeconómico, se verificam diferenças entre os dois grupos. Assim, para o grupo de epilepsia os resultados revelam que, $n = 34$ (68%) são de nível socioeconómico baixo, ao passo que, $n = 43$ (86%) do grupo de controlo são de nível médio.

A Tabela 3, referente às variáveis familiares, indica que para a variável ter ou não filhos, estes aparecem com menor prevalência no grupo de sujeitos com epilepsia, $n = 28$ (56%), comparativamente ao grupo de controlo, $n = 38$ (76%).

No que diz respeito à variável número de filhos, os resultados mostram que, $n = 22$ (44%) do grupo de epilepsia não têm filhos comparativamente ao grupo de controlo em que $n = 12$ (24%) não têm filhos. No entanto, verifica-se também que há maior prevalência de sujeitos com apenas 1 ou 2 filhos na amostra do grupo de controlo, $n = 25$ (50%), relativamente à amostra de epilepsia, $n = 10$ (20%).

Tabela 3

Características da amostra: filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

	Epilepsia		Controlo		Total	
	<i>n=50</i>	%	<i>n=50</i>	%	<i>N=100</i>	%
Filhos						
Sim	28	56	38	76	66	66
Não	22	44	12	24	34	34
Número de Filhos						
0	22	44	12	24	34	34
1 – 2	10	20	25	50	25	35
3 – 4	12	24	9	18	21	21
5 – 6	3	6	3	6	6	6
7 – 8	2	4	1	2	3	3
9	1	2	-	-	1	1
Agregado Familiar						
1 – 3	7	14	10	20	17	17
4 – 6	17	34	29	58	46	46
7 – 9	17	34	6	12	23	23
10 – 12	9	18	5	10	14	14
Etapa Ciclo Vital						
Formação casal	1	2	2	4	3	3
Família filhos pequenos	5	10	13	26	18	18
Família filhos escola	3	6	7	14	10	10
Família filhos adolescentes	7	14	7	14	14	14

Família filhos adultos	34	68	20	40	54	54
Outros	-	-	1	2	1	1

Relativamente à variável agregado familiar, verifica-se maior prevalência na amostra de epilepsia, $n = 17$ (34%) que co-habitam num agregado familiar composto por 7-9 sujeitos, ao passo que, $n = 29$ (58%) do grupo de controlo co-habitam num agregado familiar composto por 4-6 sujeitos.

Quanto à variável etapa do ciclo vital $n = 34$ (68%) do grupo de epilepsia encontram-se na etapa do ciclo vital, família com filhos adultos, ao passo que, $n = 20$ (40%) pertencem a esta etapa para o grupo de controlo.

No sentido de se avaliar a equivalência existente entre a amostra dos sujeitos com epilepsia e dos sujeitos do grupo de controlo, procedeu-se a um teste t para a idade (cf. Anexo H) e ao *Qui-Quadrado* para as variáveis sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico (cf. Anexo G).

Neste contexto, o resultado obtido no teste t para a idade, $t(98) = .064$, $p = .949$, aponta para a inexistência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Relativamente à análise do X^2 dos dois grupos, obtiveram-se os seguintes resultados quanto à variável sexo, $X^2(1) = 1.004$, $p = .316$, verificando-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para esta variável. No que diz respeito ao estado civil, $X^2(4) = 7.769$, $p = .100$, também neste caso observa-se existir equivalência entre as duas amostras. No que se refere à etnia, $X^2(5) = 14.809$, $p = .011$, denota-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Relativamente às variáveis nível de escolaridade, $X^2(12) = 79.216$, $p = .001$ e nível socioeconómico, $X^2(2) = 51.532$, $p = .001$, podemos inferir, que existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras.

3.3 Instrumentos

Antes de se proceder à aplicação dos instrumentos procedeu-se à leitura e posterior distribuição aos sujeitos da amostra, de um documento de consentimento informado, contendo os objetivos e a garantia da confidencialidade das suas respostas, e o carácter voluntário da sua participação. Por outro lado, foi-lhes garantido que os dados visam uma utilidade exclusiva para fins estatísticos.

Neste sentido, para a concretização deste estudo, trabalhamos com duas escalas de avaliação, F-COPES e o SCORE-15 e um Questionário Sociodemográfico.

3.3.1 Questionário Sociodemográfico

Atendendo aos objetivos do nosso estudo, este questionário permitiu obter informações para caracterizar a amostra, nomeadamente: sexo (e.g., masculino/feminino), idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil (e.g.,

solteiro, casado, união de facto, separado, viúvo), etnia (e.g., Nhaneca, Umbundu, Quimbundo, Nganguela, Cuanhama e outras), religião (e.g., católica, evangélica, adventista do 7º dia, tokuista, igreja universal do reino de Deus, kimbanquista, testemunhas de Jeová e outras), agregado familiar, área de residência (e.g., centro da cidade, arredores da cidade/bairro, aldeia/quimbo, comuna/sede), tipo de habitação (e.g., apartamento, vivenda, pau-a-pique/cubata, casa de adobe), principal fonte de rendimento e dois últimos campos preenchidos pelo investigador no final da entrevista (e.g., nível socioeconómico e etapa do ciclo vital) (cf. Anexo B).

3.3.2 F-COPES

Para analisarmos as estratégias de *coping* foi utilizada a versão portuguesa, traduzida por Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990); Inventário de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Famílias (F-COPES), baseada na versão original do *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale* (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981) e adaptada por Martins (2008).

Este instrumento permite identificar as atitudes e os comportamentos de resolução de problemas, que os sistemas familiares utilizam para resolver ou responder a eventos difíceis ou problemáticos.

É um instrumento de auto-resposta, composto por 30 itens que avaliam as estratégias de *coping* externas e internas, a que normalmente as famílias recorrem, perspetivando um melhor funcionamento familiar. Consiste num inventário de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos, em que (1) corresponde ao “discordo muito” e (5) ao “concordo muito”.

Foi utilizado o instrumento da versão portuguesa, adaptado por Martins (2008), composto por 30 itens, cujo valor de alfa de Cronbach é de .846. Esta escala contém cinco subescalas, nomeadamente: (1) Apoio Social (capacidade da família para procurar apoio de familiares, amigos); (2) Apoio Espiritual (capacidade da família buscar apoio espiritual); (3) Apoio Formal (obter apoio junto dos vizinhos); (4) Reenquadramento (capacidade da família identificar e redefinir os eventos responsáveis de stress); e (5) Aceitação Passiva (que se relaciona com a capacidade da família aceitar os acontecimentos traumáticos ou problemáticos (cf. Anexo D).

3.3.3 SCORE-15

No mesmo sentido, utilizou-se a versão portuguesa do SCORE- 15 (*Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation*), traduzida por (Portugal, Cunha, Sotero, Vilaça, Alarcão & Relvas, 2010) e adaptada por Pereira (2011) e Mendes (2011).

O SCORE é um instrumento de auto-resposta com o objetivo de medir os resultados terapêuticos da terapia família, constituído por 3 escalas: Ambiente Familiar, Comunicação e Funcionamento Familiar, cada uma com 5 itens sendo

o alfa de Cronbach da escala original de .89 (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley & Stratton, 2010).

Dos estudos realizados por Pereira (2011) e Mendes (2011) para a análise da consistência do instrumento, obtiveram valores para o alfa de Cronbach de .90 e .88, respetivamente.

Os itens foram cotados segundo a escala de *Likert* de cinco pontos, sendo que 1 “ Descreve-nos muito bem ” e 5 “ Descreve-nos muito mal ”. O resultado total do SCORE -15 foi obtido invertendo os itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14, em que as cotações mais elevadas correspondem normalmente a maiores dificuldades na família (cf. Anexo E).

3.4 Procedimentos estatísticos

Foi construída uma base de dados, cujos resultados foram sujeitos a tratamento estatístico, e para tal, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, 2008 – versão 17.0).

Recorreu-se ao estudo de frequências, para se descrever as amostras dos dois grupos, ou seja, grupo de sujeitos com epilepsia e grupo de sujeitos sem epilepsia.

Foi calculado: o Qui-Quadrado (X^2), para avaliar a equivalência dos dois grupos nas variáveis sociodemográficas (e.g., sexo, nível académico, nível socioeconómico e etnia).

Para a consistência interna, procedeu-se ao estudo do alfa de *Cronbach*, dos itens totais do SCORE -15 e nas escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (F-COPES).

Quanto à estatística inferencial, foi utilizado o teste *t* para as amostras independentes, com o objetivo de se analisarem, as médias dos dois grupos (epilepsia e controlo), e averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos.

Por último, foi calculada a correlação entre o SCORE -15 e o F-COPES, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

IV - Resultados

4.1. Estudo de consistência interna: F-COPES e SCORE-15

A consistência interna, segundo Almeida e Freire (2005) mede a correlação existente entre diferentes itens no mesmo teste, ou seja, avalia o grau de uniformidade e relação entre as respostas dos sujeitos em cada um dos itens.

Assim, na análise da consistência interna do F-COPES, foi obtido um valor de alfa de Cronbach de .842 (cf. Anexo F1).

Deste modo, como consta da Tabela 4, averiguamos quais os itens com valores de correlação com o total da escala mais baixos apresentam uma certa fragilidade do ponto de vista psicométrico, cuja eliminação se poderia traduzir numa melhoria do valor de alfa de Cronbach. Neste sentido, verifica-se que os

itens que apresentam uma correlação mais fraca são os que estão associados ao alfa de Cronbach mais elevado caso fossem eliminados (e.g., itens 11,12, 16, 22 e 28) (cf. Tabela 4).

Porém, a sua remoção de qualquer um dos itens não alteraria o valor total do alfa, pelo que decidimos mantê-los, uma vez que será relevante a sua análise na discussão dos resultados.

Tabela 4

Consistência interna F-COPES: Correlação item-total e alfa de Cronbach com item removido.

	Correlação Item- Total	Alfa de Cronbach com eliminação do item
F-COPES1	.454	.836
F-COPES2	.376	.837
F-COPES3	.395	.837
F-COPES4	.394	.837
F-COPES5	.455	.835
F-COPES6	.509	.833
F-COPES7	.260	.841
F-COPES8	.367	.837
F-COPES9	.376	.837
F-COPES10	.432	.835
F-COPES11	.219	.842
F-COPES12	.234	.843
F-COPES13	.412	.837
F-COPES14	.333	.838
F-COPES15	.270	.840
F-COPES16	.170	.843
F-COPES17	.433	.835
F-COPES18	.294	.840
F-COPES19	.327	.839
F-COPES20	.487	.834
F-COPES21	.480	.834
F-COPES22	.211	.843
F-COPES23	.355	.838
F-COPES24	.373	.838
F-COPES25	.504	.833
F-COPES26	.436	.835
F-COPES27	.561	.830
F-COPES28	-.31	.849
F-COPES29	.337	.838
F-COPES30	.362	.839

A consistência interna dos itens que constitui o SCORE-15 também foi analisada, através do coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se obtido um valor de .744 (cf. Anexo F2).

Tabela 5

Consistência interna SCORE-15: Correlação item-Total e alfa de Cronbach com item removido

	Correlação Item Total	Alfa de Cronbach com Eliminação do item
SCORE1	.157	.745
SCORE2	.411	.725
SCORE3	.064	.755
SCORE4	.372	.729
SCORE5	.082	.757
SCORE6	.165	.746
SCORE7	.414	.723
SCORE8	.485	.716
SCORE9	.479	.716
SCORE10	.071	.755
SCORE11	.503	.715
SCORE12	.591	.701
SCORE13	.559	.706
SCORE14	.553	.708
SCORE15	.199	.744

Neste contexto, alguns itens do SCORE-15 apresentam uma correlação com a totalidade da escala mais fraca (abaixo de .30) (e.g., item 1. “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós”; item 3, “Todos nós somos ouvidos na nossa família”; item 5, “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia”; item 6, “Confiamos uns nos outros”; item 10, “Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família”; e item 15 “Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades”.

Deste modo, se averigua que os itens com valores mais baixos apresentam uma certa fragilidade, pelo que a eliminação dos referidos itens se poderia traduzir numa melhoria do valor de alfa de Cronbach (cf. Tabela 5).

4.2. *Coping* e funcionamento familiar: Comparação grupo de epilepsia e grupo de controlo

Na Tabela 6 encontram-se apresentados os resultados do teste *t* para amostras independentes, em referência aos resultados totais do SCORE-15 (funcionamento familiar) e do F-COPES (*coping*).

Neste sentido, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ao nível do funcionamento familiar entre os dois grupos, $t(95) = 2.804$, $p = .006$, com o grupo de epilepsia a apresentar uma média mais elevada no SCORE-15

($M = 2.55$, $DP = 0.47$), face ao grupo de controlo ($M = 2.26$, $DP = 0.55$).

Tabela 6.

Teste t grupo epilepsia e grupo controlo: SCORE15 e F-COPES

Resultados		M	DP	t	P
SCORE- 5	Epilepsia	2.55	0.47	2.804**	.006
	Controlo	2.26	0.55		
F-COPES	Epilepsia	96.12	17.00	-0.809	.421
	Controlo	98.80	16.12		

** $p \leq .01$.

No que se refere ao F-COPES, a diferença entre os dois grupos não alcançou o limiar de significância estatística, $t(98) = -0.809$, $p = .421$, apesar do grupo de controlo apresentar uma média ligeiramente superior ao grupo de epilepsia ($M = 98.80$, $DP = 16.12$; $M = 96.12$, $DP = 17.00$, respetivamente).

4.3. Estudo do Grau de Associação entre o *Coping* e o Funcionamento Familiar

De acordo com Martins (2011), a correlação de Pearson consiste num teste cujo objetivo se reveste na análise se duas ou mais variáveis intervalares estão associadas.

Neste sentido, o coeficiente de correlação obtido no nosso estudo ($r = -.082$, $p = .423$) demonstrou existir uma relação muito fraca, negativa e que não alcança o limiar de significância estatística entre o resultado total do F-COPES e do SCORE-15. Neste sentido, os construtos avaliados pelos dois instrumentos partilham apenas 0.67% da sua variância. Ou seja, no nosso estudo, as estratégias de *coping* e o funcionamento familiar apresentam uma relação inversa, em que quanto maior o *coping*, menor será o funcionamento familiar. Este resultado deve-se ao facto das pontuações mais elevadas no SCORE-15 corresponderem a um pior funcionamento familiar.

V - Discussão

Vamos discutir os resultados encontrados atendendo os objetivos do nosso estudo. Assim, quanto ao objetivo (1) *Caracterizar o perfil sociodemográfico e familiar da amostra de sujeitos com epilepsia e da amostra de controlo*, de acordo com os resultados obtidos através do chi-quadrado das variáveis sociodemográficas e do teste t para a variável idade (cf. Anexo G e H) os estudos revelaram que a amostra apresenta uma certa homogeneidade, quanto à idade e o sexo. Entretanto, verificou-se que existem mais sujeitos de ambos os sexos com epilepsia da faixa etária entre 20-29 à 30-39 anos de idade, sendo

preocupante para a sociedade angolana, uma vez que constitui a base maioritária da população ativa de Angola (Comissão Nacional Eleitoral – Angola, 2008).

Os resultados demonstram que existem mais sujeitos com epilepsia no grupo étnico Nhaneca em comparação às demais etnias nesta região da Huíla, situação que se explica, uma vez que, nas localidades onde os instrumentos foram aplicados (Lubango, comunas da Arimba e Hoque), a predominância recai para esta etnia. Por outro lado, verifica-se que a amostra de sujeitos com epilepsia tem menos filhos em relação aos grupos de sujeitos sem epilepsia, observando-se no entanto, ligeiras diferenças relativamente ao estado cívil dos respetivos grupos.

Tal facto pode estar relacionado com a presença da epilepsia, como já foi referenciado no corpo teórico, sendo uma doença carregada de estigma e discriminação social, provavelmente conduz a rejeição por parte do sexo oposto (Moreira, 2004). Por outro lado, os resultados obtidos nas variáveis nível académico e socioeconómico é bastante baixo, situação que se reflete na precariedade do meio em que vivem (e.g. casas de adobe e de pau-a-pique ou capim). Deste modo, deduz-se que enfrentam maiores dificuldades de funcionamento e incapacidade para ativarem os processos de coping, uma vez que aumentam os níveis de stress e a crença de que às exigências face a um determinado evento stressor esgotariam os recursos existentes da família para resolver o problema (Lazarus & Folkman, 1998).

No mesmo sentido, o baixo nível académico dessas famílias nos leva a inferir que muito provavelmente esteja relacionado com às dificuldades de acesso à escola, primeiro subjacente à discriminação e ao estigma que são vítimas os sujeitos com epilepsia, segundo nas comunas onde foi realizado o nosso estudo, verifica-se a existência de um número bastante reduzido de estruturas escolares contribuindo negativamente ao não acesso a informação relativamente à etiologia, causas e formas de tratamento da epilepsia.

Neste contexto, segundo Ross e Willigen (1997, citado por Matos, 2007) sugerem que a educação é extremamente relevante, pois proporciona um bem – estar pessoal e coletivo, tendo em conta que dá maior acesso a um emprego bem remunerado e não-alienação, bem como relações de suporte social.

No mesmo sentido, Gore e Mangione (1983), Lennon e Rosenfield (1992), Pearlin e colaboradores (1981), Ross e Bird (1994 e Verbrugge (1983, conforme citados por Matos, 2007) são unânimes em concluir que os indivíduos com nível académico mais elevado, apresentam maiores probabilidades de conseguirem emprego comparativamente aos sujeitos com nível académico mais baixo, pelo que se reflete na melhoria do funcionamento familiar, uma vez que mais facilmente acionam as estratégias de coping para responderem de forma positiva aos vários eventos stressores (Ribeiro, 2004).

(2) Pretendeu-se neste estudo Comparar o coping e funcionamento familiar entre o grupo de sujeitos com e sem epilepsia;

No que se refere ao F-COPES, os resultados revelam não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, parecendo que o facto de existirem sujeitos com epilepsia, não influenciou as suas atitudes na ativação do número de estratégias de *coping*. Esta situação pode ser explicada, num contexto sociocultural concreto, da realidade Angolana. Ou seja, deduzimos que, a maioria das famílias angolanas vivenciaram durante muitos anos, vários ambientes stressores desenvolvendo aquilo que se pode chamar de habituação ou stress.

Assim sendo, tendo em conta que a nossa amostra recaiu maioritariamente para as famílias residentes nas zonas rurais e sedes comunais, (Arimba, Hoque e suas aldeias), fortemente ligados às suas tradições, hábitos e costumes, por um lado, e aliado ao facto de que os serviços de saúde são praticamente inexistentes nas suas localidades de residência, por outro lado, mais facilmente recorrem à medicina tradicional e ainda ligado ao aspeto da religião (cf. Tabela 1), no sentido de que Deus pode suprir às suas carências, ou seja, percecionam como uma estratégia para resolução dos seus problemas. Recorde-se que esta é uma estratégia de *coping* contemplada no F-COPES.

Ainda no mesmo sentido, o princípio da solidariedade comunitária é uma característica bastante evidente nas famílias angolanas, neste contexto, com vista a darem resposta positiva à presença da epilepsia e demais problemas psicossociais, acionam as estratégias externas, buscando o reenquadramento de todo o sistema familiar. Alarcão (2002) e Relvas (2004) realçam que a presença de stress pode desencadear um processo de mudanças que visa proporcionar mudanças de 1ª ou 2ª ordem, padrões de funcionamento ou relacionais provocando o surgimento de um novo estado de equilíbrio.

Estes factos reforçam a ideia de que, o conjunto de estratégias de coping usadas por cada indivíduo ou famílias, em sequência da ocorrência dos eventos stressores, não devem ser vistas, como a melhor ou pior na obtenção dos resultados (Vaz Serra, 2003) uma vez que são avaliadas em função do contexto em que ocorre o evento stressor, das características do próprio evento e dos sujeitos afetados, por outro lado, dos contrutos que estes mesmos sujeitos e seus familiares possam ter do impacto que a doença crónica, e neste caso, a epilepsia, provocou no sistema.

Para o nosso estudo, o fraco resultado obtido no SCORE-15 faz sentido uma vez que a indicação de pontuações elevadas, reflete-se no pior funcionamento familiar. Assim, deduz-se que tal facto poderá estar relacionado com alguns fatores nomeadamente: a) o grupo com sujeitos com epilepsia vivem maioritariamente nas zonas rurais comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo que vivem nas zonas urbanas (cidade do Lubango) para além de que, apresenta um nível académico e socioeconómico bastante baixo; b) maioritariamente se comunicam na língua local (Nhaneca e Umbundu); c) o pesquisador, não percebe as línguas faladas por estas comunidades.

(3) *Ainda neste estudo, calculou-se a consistência interna das escalas dos itens totais do F-COPES e do SCORE-15*; dada a natureza exploratória do nosso estudo, não foi apresentada a consistência interna das sub-escalas do SCORE-15 e do F-COPES, uma vez que das análises estatísticas preliminares efetuadas obteve-se resultados muito baixos. Neste sentido, calculou-se o valor do alfa de Cronbach da escala total do F-COPES (.842) e do SCORE-15 (.744) conforme (cf. Anexo F1 e F2).

Deste modo, deduzimos que os itens com valores mais baixos (cf. Tabela 4 e 5) e que correspondem a valores mais altos no alfa de Cronbach, comparativamente aos estudos realizados por Martins (2008) com valor de alfa (.846) para a população Portuguesa podem estar relacionados com aspetos culturais, nível académico e nível socioeconómico.

Finalmente, no nosso estudo pretendeu-se; (4) *analisar o grau de associação entre os resultados totais dos instrumentos F-COPES e SCORE-15*, concluiu-se que existe uma relação muito fraca e que não alcança o limiar de significância estatística entre o resultado total entre os dois instrumentos. Neste sentido, os construtos avaliados pelos dois instrumentos partilham apenas 0.67% da sua variância. Ou seja, os resultados obtidos fazem sentido uma vez que o coping familiar, tal como é medido pelo F-COPES, implica, também, a utilização de estratégias externas de recurso à comunidade, não se associando, teoricamente, de muito perto ao funcionamento familiar.

VI - Conclusões

A Epilepsia é o mais frequente transtorno neurológico sério, atingindo 50 milhões de pessoas no mundo, 40 milhões delas em países em desenvolvimento. Embora seja um problema predominantemente tratável, nestes países a maioria dos pacientes permanecem sem tratamento (O.M.S., 1978, citado por Conceição, 2008).

Provavelmente uma das principais causas para isto é o estigma que atinge as pessoas com epilepsia. Tal facto, se agrava ainda mais quando a epilepsia se associa em termos do senso comum aos transtornos mentais e há falta de informação dos sujeitos e seus familiares. Para além disto, em muitos casos contactados no nosso estudo, os profissionais de saúde confundem o diagnóstico, com a malária e ou perturbações mentais. Em consequência, estes sujeitos são encaminhados para as instituições psiquiátricas o que agrava a sua situação de doente e o estigma social.

Concluimos que os sujeitos do grupo com epilepsia, muitas vezes aliados aos aspetos míticos, crenças, falta de informação sobre a etiologia, causas, sintomatologias e formas de tratamento da epilepsia, por outro lado, aliado ao baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, constituem algumas causas que contribuem para o surgimento de casos de abandono familiar, isolamento social e discriminação social, afetando toda a estrutura organizacional e funcional do sistema familiar.

Constatou-se também, que as famílias do grupo étnico Nhaneca comparativamente aos demais grupos étnicos apresentam maioritariamente um elevado índice de consumo de bebidas alcoólicas, com início precoce bem como uma gritante subnutrição, e consequentemente, mais casos de epilepsia. E evidentemente, acabam por apresentar maiores dificuldades de funcionamento familiar, como vimos no nosso estudo, dada a precariedade do meio em que vivem, tornando-as incapazes de gerir os múltiplos desafios que são expostos.

Concluimos que e de acordo com alguns autores como (Ribeiro, 2004, Ferreira, 2003, Vaz Serra, 2003 e outros) que para se minimizar os efeitos do stress resultante dos vários eventos stressores é imperioso que os sujeitos e seus familiares desenvolvam os seus recursos internos e externos. Para tal implica a adoção de determinadas atitudes, competências cognitivas e assertivas que possam facilitar a adaptação às mudanças ocorridas face à exposição de tais eventos. E isto inclui o desenvolvimento de uma perceção realista das situações e também a concepção de que a cada um compete fazer o seu melhor, tendo em conta o seu conhecimento, recursos pessoais e o contexto do momento.

Por outro lado, concluimos também se avaliarmos o indivíduo no seu crescimento psicossocial, poderemos estar de acordo com a abordagem, que visa não só o tratamento da doença, mais também às questões ambulatoriais e pós-ambulatorio, ou seja, a promoção de saúde, prevenção e melhoria da qualidade de vida dos utentes e seus familiares, através da informação sobre a etiologia, sintomas, causas, formas de tratamento e medidas de prevenção, relativa às doenças crónicas, bem como ajudá-las na desconstrução dos seus discursos comunicacionais quanto à presença do sintoma (Mendes, Relvas & Sousa, 2007).

Uma vez que o nosso estudo cingiu-se à uma amostra de sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18-70 anos, apenas num único município e duas comunas, com índice de sujeitos com epilepsia bastante elevado e atendendo a distribuição da amostra (100 sujeitos) leva-nos a deduzir que, a epilepsia na província da Huíla possa ser vista como um caso de saúde pública.

Assim, cabe ao governo e demais instituições associadas, projetarem políticas económicas e sociais como por exemplo, na educação e saúde com vista a minimizar-se o surgimento da epilepsia no seio das famílias o que eventualmente possa contribuir no melhor funcionamento da família face à presença da epilepsia e consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e seus familiares.

Limitações

A constituição dos dois grupos, dadas as suas características e particularidades é bastante desequilibrada, face aos resultados obtidos do X^2 das variáveis sociodemográficas, o que não nos permite estabelecer uma relação fiável entre estas variáveis com o surgimento da epilepsia no seio dessas famílias.

Por outro lado, por se tratar do primeiro estudo realizado na província da Huíla, impossibilitou a realização de uma análise comparativa com outros estudos. Neste sentido e face algumas limitações do estudo suscitam-se algumas

dúvidas, como saber se o elevado índice de sujeitos com epilepsia estará relacionada com o baixo nível académico e socioeconómico dos sujeitos e suas famílias.

Dado o conteúdo dos itens, que nalguns casos dificultou a sua interpretação, para além do facto de que itens, pertencentes ao SCORE-15 (e.g. 1, 3, 5, 6, 10 e 15) assim como no F-COPES (e. g. 9, 12,18,21) apresentarem resultados muito baixo, deduz-se não se ajustam à realidade contextual da grande maioria das famílias angolanas em geral e huilanas em particular, concretamente das famílias das zonas rurais onde o estudo foi realizado, sugerimos a construção dos referidos instrumentos para a sua adaptação à população angolana para futuros estudos.

Neste sentido, julgamos que seria pertinente a desconstrução dos itens dos respetivos instrumentos, ajustando-os ao contexto angolano. Pelo que sugerimos a realização de outros estudos para uma melhor compreensão do impacto da epilepsia no funcionamento familiar. Deste modo, na nossa opinião, o ideal seria a homogeneidade da amostra.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares. Uma visão Sistémica* (3ª Edição). Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2005). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Armando, A. (2010). *Avaliação de Escores de Resiliência, Qualidade de Vida, Depressão e suas Associações em Paciente com Câncer de Pulmão*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre.
- Born, M.(2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardoso, E. (2008). *A percepção da Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Stress em Famílias com Crianças e Adolescentes Sobredotadas: Um estudo exploratório*. Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação. Universidade de Coimbra. Portugal.
- Ceia, A. F., Gautier, D., Rosa, A. R., & Silva, M. T. (2006). *O lugar da Intervenção no Regresso da Criança à Família Biológica*. (Trabalho de Final de Curso de Investigação em Serviço Social, não publicado). Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- Conceição, F. S. A. S. (2008). *Epilepsia/Cultura: Aspectos Socioculturais em Psiquiatria*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina do Hospital São João do Porto.
- Cruz, C. R. J., & Silva, C. (2009). *Intervenção Precoce na Epilepsia*. 15(3), 359-368.
- Felicidade, S. M. C. (2008). *Epilepsia e Família: Stress, Coping e Qualidade de Vida. Um estudo exploratório*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação. Universidade de Coimbra. Portugal.
- Fernandes, P. T., & Souza, E.A.P. (1999). Inventário Simplificado de Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil. *Arquivo-Neuropsiquiatria*, 57 (1), 40-43.
- Fernandes, P. T., & Souza, E.A. P. (2001). Procedimento Educativo na Epilepsia Infantil. *Estudos de Psicologia*, 6 (1), 115-120.
- Fernandes, P. T. Salgado, P. C. B., Noronha, A. L. A. Mory, S., B., & Li, L., L. (2004). Formação de Grupos Como Suporte Psicológico e Social na

- Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (3), 171-174.
- Ferreira, J. M. (2003). *Trauma e Coping: Natureza e Curso de um Processo. Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Ferreira, V.R.T., Muller, M., C., & Jorge, H. Z. (2006). Dinâmicas das Relações em Famílias com membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*. 11(3). Doi. org/10.1590/51413-7372200600030018.
- Kutscher, M. L. (2011). *Compreender a Epilepsia*. Portugal. Porto Editora.
- Mendes, A. R. C. (2001). *Impacto das Variáveis Sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-19: Estudo Exploratório numa amostra não clínica* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Matos, J. (2007). *Famílias e Parentalidade: Stress, coping e qualidade de vida*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Mendes, A. Relvas, A. P., & Sousa, L. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica: Apoio das Unidades de Saúde a Doentes Crónicos Idosos e suas Famílias*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Mendes, P. G. (2008). *Resiliência familiar: estudo exploratório em Famílias de Risco*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Minuchin, S. Fishman, H.C. (1998). *Técnicas de Terapia familiar*. Porto Alegre. Artmed.
- Moreira, S.R.G. (2004). Epilepsia: concepção histórica, aspetos conceptuais, diagnóstico e tratamento. *Ano II* (3), p. 107-122.
- Mumenthaler, M., & Matle, H. (2007). *Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Oliveira, C. (2007). *Perceção do Impacto e da Gravidade da Doença Crónica e Família: um estudo exploratório*. (tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pedro, J. J. B. (2009). *Parceiros no Cuidar com a Família, a Criança com Doença Crónica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pereira, F. A. F. (2011). *Estudo de validação da versão Portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não – clínica*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação. Universidade de Coimbra.

- Relvas, A. P.(2004). *O Ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A.P. (2004). Questões a cerca do *Coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doença*, 5 (1), 3-15.
- Vaz-Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress pós-traumático*. Vale & Vale Editora, Lda.

Anexos



INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Nome da investigação: **Epilepsia, *Coping* e funcionamento familiar. Um estudo exploratório na Província da Huíla.**

Esta investigação tem como **objectivo**: avaliar às diferenças das estratégias de coping e do funcionamento familiar, utilizadas pelas famílias com sujeitos com epilepsia e famílias onde não há sujeitos com epilepsia.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS

A equipa deste projecto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração. O seu contributo é extremamente importante.

CONSENTIMENTO

Eu, _____,
declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango, ____ de _____, de 201__

(Assinatura)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
declaro ter sido informado sobre a presente investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, autorizo o(s) meu(s) filho(s) a responder(em) ao protocolo que foi apresentado.

Lubango, ____ de _____, de 201__

(Assinatura)



MI PSICOLOGIA / FPCE-UC/UPRA

2011/2012

Questionário demográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local de recolha dos dados: _____

Dados de Identificação do próprio

Sexo: FEM ____ MASC ____

Idade: ____ Anos

Nível de escolaridade (se for adulto, escrever o último ano concluído) _____

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) _____

Profissão:

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

Estado Civil:

Solteiro (a) _____

Casado(a) _____

Recasado: Sim ____/Não ____

União de facto _____

Separado(a) _____

Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____

Etnia:

Nhaneca _____

Umbundo _____

Quimbundo _____

Nganguela _____

Cuanhama _____

Outras: _____

Religião:

Católica _____

Evangélica _____

Adventista do 7º Dia _____

Tokuista _____

Igreja Universal do Reino de Deus _____

Kimbanquista _____

Testemunhas de Jeová _____

Outra: _____

Dados de Identificação do Agregado Familiar**Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo: Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário

** Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)

Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

Área de residência:

Centro de cidade _____

Arredores da cidade/Bairro _____

Aldeia/Quimbo _____

Comuna/Sede _____

Outro. Qual _____

Tipo de habitação

Apartamento _____

Vivenda _____

Pau-a-Pique/cubata _____

Casa de adobe _____

Outro. Qual _____

Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		
Cozinha		
Outros		

* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

Elerodomésticos e Conforto (assinalar com uma cruz o que houver)

		Observações*
Água canalizada		
Gás		
Electricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

*Exemplo: Electricidade por Gerador

Principal Fonte de Rendimento da Família

Riqueza herdada ou adquirida ----- ☐
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados --- ☐
Vencimento mensal fixo----- ☐
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa ----- ☐
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----
----- ☐

**1¹Nível
socioeconómico:**

1Etapa do ciclo vital

¹ Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista

Continuação questionário sociodemográfico: tratamento

Variável	Epilepsia (n=50)		Controlo (n=50)		Total (N=100)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	N	%
Recasamento						
Sim	2	4	3	6	5	5
Não	48	96	47	94	95	95
Co-habitação						
Sim	26	52	22	44	48	48
Não	24	48	28	56	52	52
Parentesco						
Tios	-	-	1	2	1	1
Primos	4	8	3	6	7	7
Sobrinhos	13	26	12	24	25	25
Outros	10	20	28	12	16	16
Não se aplica	23	46		56	51	51
Número de salas						
0-1	39	78	36	72	75	75
2-3	11	22	14	28	25	25
Número casa de banho						
0-1	48	96	34	68	82	82
2-5	2	4	6	12	18	18
Número de cozinha						
0-1	49	98	44	88	93	93
2	1	2	6	12	7	7
Outras divisões						
0-2	45	90	48	96	93	93
3-7	5	10	2	4	7	7
Dormidas partilhadas						
Sim	40	80	33	66	73	73
Não	10	20	17	34	27	27

Água canalizada						
Sim	5	10	42	84	47	47
Não	45	90	8	16	53	53
Gás						
Sim	24	48	50	100	74	74
Não	26	52	-	-	26	26
Eletricidade						
Sim-rede	11	22	48	96	59	59
Sim-gerador	27	54	-	-	27	27
Sim-rede-mais gerador	1	2	2	4	3	3
Não	11	22	-	-	11	11
Esgotos						
Sim	12	24	46	92	58	58
Não	38	76	4	8	42	42
Frigorífico						
Sim	16	32	49	98	65	65
Não	34	68	1	2	35	35
Fogão						
Sim-gás/elet	25	50	50	100	75	75
Sim-lenha/carvão	13	26	-	-	13	13
Não	12	24	-	-	12	12

Televisão						
Sim	29	58	50	100	79	79
Não	21	42	-	-	21	21
Rádio						
Sim	33	66	48	96	81	81
Não	17	34		4	19	19
Computador						
Sim	5	10	46	92	51	51
Não	45	90	4	8	49	49
Internet						
Sim	3	6	40	80	43	43
Não	47	94	10	20	57	57
Meios de transporte						
Automóvel	4	8	26	52	30	30
Motorizada	13	26	3	6	16	16
Bicicleta	4	8	-	-	4	4
Automóvel/motorizada	5	10	3	6	8	8
Motorizada/Bicicleta	-	2	-	-	1	1
Automovel/Bicicleta	-	-	11	2	1	1
Automovel/Motorizada/bicicleta	-	-	7	14	7	7
Nenhum	23	46	10	20	33	33

Cálculo NSE**Instruções:**

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

Área de residência	Cotação
Centro de cidade	3
Arredores da cidade/Bairro	2
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
Casa de adobe	1

Caraterísticas da habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	Sim = 1 Não = 0
Cozinha	Sim = 1 Não = 0

Eletrodomésticos e Conforto

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4
(Pontuação máxima neste campo: $8/4 = 2$)

	Cotação
Água canalizada	Sim = 1 Não = 0
Gás	Sim = 1 Não = 0
Esgotos	Sim = 1 Não = 0
Frigorífico	Sim = 1 Não = 0
Televisão	Sim = 1 Não = 0

Computador	Sim = 1 Não = 0
Acesso a Internet	Sim = 1 Não = 0
Automóvel	Sim = 1 Não = 0

Principal Fonte de Rendimento da Família

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2
(Pontuação máxima neste campo: 5X2 = 10)

Cotação

Riqueza herdada ou adquirida -----**5**
 Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados-----**4**
 Vencimento mensal fixo-----**3**
 Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----**2**
 Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições Solidarietà)-----**1**

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

Baixo = Pontuação total entre 2 e 10
Médio = Pontuação total entre 11 e 15
Elevado = Pontuação total entre 16 e 20

F- COPES

Escala de avaliação pessoal orientada para a crise em família

(H. C. McCubbin, D. H. Olson, A. S. Larsen, 1981)
 Versão Portuguesa de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira, M. C. Sousa Canavarro, 1990 (Adaptado)
 Versão NUSIAF-SISTÊMICA (2008)

Objectivo

O F- C.O.P.E.S. foi criado para inventariar atitudes e comportamentos de Resolução de Problemas que as famílias desenvolvem como resposta a problemas ou dificuldades.

Instruções

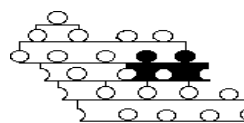
Por favor leia cada afirmação e decida em que grau descreve as atitudes e comportamentos da sua família ao confrontar-se com problemas ou dificuldades. Cada atitude ou comportamento descrito a seguir ocorre na sua família:

- (1) Nunca = 0% do tempo [Discordo muito]
- (2) Raramente = menos de 25% do tempo [Discordo moderadamente]
- (3) Por vezes = mais de 25% e menos de 50% do tempo [Não concordo nem discordo]
- (4) Frequentemente = 50% ou mais mas não todo o tempo [Concordo moderadamente]
- (5) Sempre = 100% do tempo [Concordo muito]

Por favor desenhe um círculo em redor de um dos números (1, 2, 3, 4, ou 5) de modo a classificar cada afirmação. Obrigado.

Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
1. Compartilhamos as nossas dificuldades com os familiares	1	2	3	4	5
2. Procuramos o encorajamento e o apoio de amigos	1	2	3	4	5
3. Sabemos que temos capacidade para resolver os problemas mais importantes	1	2	3	4	5
4. Procuramos informações e conselhos de pessoas de outras famílias que passaram por problemas semelhantes	1	2	3	4	5
5. Procuramos conselhos de parentes próximos (avós, etc)	1	2	3	4	5
6. Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa	1	2	3	4	5
7. Sabemos que a nossa família tem recursos próprios para resolver os nossos problemas	1	2	3	4	5
8. Recebemos ofertas e favores de vizinhos (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc.)	1	2	3	4	5
9. Procuramos informação e conselhos junto do médico de família	1	2	3	4	5
10. Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos deem assistência	1	2	3	4	5
11. Encaramos os problemas de frente e procuramos soluções de forma activa e rápida	1	2	3	4	5
12. Vemos televisão	1	2	3	4	5
13. Mostramos que somos fortes	1	2	3	4	5

Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
14. Frequentamos a igreja e vamos à missa	1	2	3	4	5
15. Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida	1	2	3	4	5
16. Partilhamos as nossas preocupações com os amigos íntimos	1	2	3	4	5
17. Sabemos que a sorte tem um papel importante na resolução dos nossos problemas familiares	1	2	3	4	5
18. Fazemos exercício físico com os amigos para nos mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão	1	2	3	4	5
19. Aceitamos que as dificuldades acontecem de forma inesperada	1	2	3	4	5
20. Convivemos com a família (jantares, encontros, etc.)	1	2	3	4	5
21. Procuramos conselho e ajuda profissional para resolver as dificuldades familiares	1	2	3	4	5
22. Acreditamos que podemos lidar com os nossos próprios problemas	1	2	3	4	5
23. Participamos em actividades religiosas	1	2	3	4	5
24. Definimos o problema familiar de uma forma mais positiva de maneira a que não nos sintamos demasiado desencorajados	1	2	3	4	5
25. Perguntamos aos nossos familiares o que sentem sobre os problemas com que nos defrontamos	1	2	3	4	5
26. Sentimos que apesar de tudo o que possamos fazer teremos dificuldade em lidar com os problemas	1	2	3	4	5
27. Procuramos o conselho de um padre	1	2	3	4	5
28. Acreditamos que se deixarmos passar o tempo o problema desaparecerá	1	2	3	4	5
29. Partilhamos os problemas com os nossos vizinhos	1	2	3	4	5
30. Temos fé em Deus	1	2	3	4	5



Sociedade
Portuguesa
de Terapia Familiar

SCORE – Descreva a sua família
VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO

(Data: ____ / ____ / ____)

Código: _____

Pedimos a SUA OPINIÃO acerca da forma como vê a sua família actualmente. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que habitualmente vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento deste questionário.

Para cada item coloque um visto (□) apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5.

Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nós” não caracteriza propriamente a sua família, deverá colocar um visto (□) no quadrado 4 para “Descreve-nos: Mal”.

--	--	--	--	--

Evite reflectir aprofundadamente acerca da resposta, mas procure responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação <u>descreve a sua família?</u>	1.	2.	3.	4.	5.
1. Descreve-nos Muito Bem	1.	2.	3.	4.	5.
2. Descreve-nos Bem	Muit	Bem	Em	Mal	Muit
3. Descreve-nos Em Parte	o		Part		o
4. Descreve-nos Mal	Bem		e		Mal
5. Descreve-nos Muito Mal					
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós					
2) Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família					
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6) Confiamos uns nos outros					
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente					

Como diria que cada afirmação <u>descreve a sua família?</u>					
1. Descreve-nos Muito Bem	1.	2.	3.	4.	5.
2. Descreve-nos Bem	Muit	Bem	Em	Mal	Muit
3. Descreve-nos Em Parte	o		Part		o
4. Descreve-nos Mal	Bem		e		Mal
5. Descreve-nos Muito Mal					
9) Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras					
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

Por favor, verifique se respondeu a todos os itens.

Consistência Interna

Tabela F1.

Consistência Interna Alfa de Cronbach F-COPES

	Cronbach Alpha Baseado em Itens	
Alfa de Cronbach	Standarde	Nº de itens
, 842	, 845	30

Tabela F 2.

Consistência Interna: Alfa SCORE-15

	Cronbach's Alpha Based on	
Alfa de Cronbach	Standardized Items	Nº de itens
,744	,732	15

Qui-Quadrado das Variáveis

Tabela G1:

Chi-Square Tests Idade

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,019 ^a	34	,565
Likelihood Ratio	41,602	34	,173
Linear-by-Linear Association	,004	1	,949
N of Valid Cases	100		

a. 68 cells (97,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Tabela G2.

Chi-Square Tests Nivel académico

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	79,216 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	101,470	12	,000
Linear-by-Linear Association	63,094	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 20 cells (76,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Tabela G3.

Chi-Square Tests estado civil

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,769 ^a	4	,100
Likelihood Ratio	8,645	4	,071
Linear-by-Linear Association	,228	1	,633
N of Valid Cases	100		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Tabela G4.

Chi-Square Tests Etnia

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,809 ^a	5	,011
Likelihood Ratio	19,125	5	,002
Linear-by-Linear Association	8,244	1	,004
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Tabela G5.

Chi-Square Tests Nivel socioeconómico

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,532 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	65,544	2	,000
Linear-by-Linear Association	40,974	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

Teste *t* de Student para amostras independentes.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Idade	Equal variances assumed	,998	,003	,064	98	,949	,140	2,181	-4,189	4,469
	Equal variances not assumed			,064	85,420	,949	,140	2,181	-4,197	4,477